



فرم تحویل مدارک درمانی قرارداد اعضای انجمن صنفی شرکتهای خدمات بیمه‌ای بیمه ایران

novinandish.net پیگیری وضعیت هزینه ها:

نام سازمان (بیمه‌گذار): انجمن صنفی شرکتهای خدمات بیمه‌ای

شرکت خدمات بیمه‌ای نوین اندیش پویا

احتراماً به پیوست تعداد فقره مدارک مورد نیاز جهت بررسی و پرداخت هزینه یکی از بیمه‌شدگان قرارداد فوق با مشخصات ذیل از طریق نماینده این شرکت بحضورتان ارسال می‌گردد.

مشخصات بیمه‌شده (بیمار) و بیمه‌شده اصلی (پرسنل اصلی): نام شرکت خدمات بیمه‌ای:

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: کد ملی بیمه‌شده:

زیرگروه: هیئت مدیره کارکنان والدین شماره قرارداد:

نسبت با بیمه‌شده اصلی: نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی:

کد ملی بیمه‌شده اصلی: شماره حساب بیمه‌شده اصلی:

شماره شبا: IR _____

شماره تلفن همراه بیمه‌شده اصلی: شماره تلفن ثابت:

مهر شرکت:

امضای بیمه‌شده:

فهرست هزینه‌های تحویلی

ردیف	نوع هزینه	تاریخ هزینه	مبلغ هزینه (ریال)
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			

دریافت مدارک درمانی مربوط به فقره هزینه بشرح فوق و در تاریخ تایید می‌گردد.

شرکت خدمات بیمه‌ای نوین اندیش پویا